Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 320 de 2015

# DISCUSIÓN ARTÍCULOS 425, 437 Y 438 DEL PRESUPUESTO NACIONAL

**Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 6 de octubre de 2015**

**(Sin corregir)**

| | |
|---|---|
| **PRESIDE:** | Señor Representante Luis Gallo Cantera. |
| **MIEMBROS:** | Señores Representantes Daniel Bianchi, Walter De León, Martín Lema Perreta y Egardo Mier. |
| **SECRETARIA:** | Señora Myriam Lima. |
| **PROSECRETARIA:** | Señora Viviana Calcagno. |

SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Como ustedes saben, a pedido de la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, en el día de ayer se desglosaron los artículos 425, 438 y 439 del presupuesto quinquenal y se pasaron a esta Comisión a efectos de su discusión en este ámbito. Haremos entrega de los sustitutivos que presentaremos.

El artículo 425 fue muy discutido desde el punto de vista de su constitucionalidad. La bancada del Frente Amplio ha trabajado, conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, para corregir algunos aspectos de este artículo. En mi modesta opinión, si bien no soy abogado, y menos aún constitucionalista, sino simplemente un médico, me daba la sensación de que con esa redacción podíamos violentar algunos derechos individuales de las personas. Por eso esta última semana estuvimos trabajando intensamente para lograr una redacción que no planteara ninguna duda en cuanto a su constitucionalidad.

Sabemos que este es un tema extremadamente sensible en la opinión pública. Creo que todos los legisladores que de una u otra manera hemos trabajado en la materia, lo hemos hecho con respeto.

La idea es poner a consideración estos artículos, pero entiendo que es importante que cada una de las opiniones que se vierta en la tarde de hoy, en la discusión sobre los medicamentos de alto costo -que es un problema mundial, que no está resuelto-, sirva de insumo, a los efectos de que el Ministerio pueda tomar en cuenta los aportes que los integrantes de la Comisión de Salud Pública hagan al respecto. Obviamente, la intención formal es aprobar los sustitutivos y enviarlos a la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, pero creo que debemos aprovechar la oportunidad para aportar ideas y ver cómo podemos colaborar, como Comisión, en este tema que es extremadamente complejo.

Antes de discutir los artículos sustitutivos, me gustaría poner a consideración el problema de los medicamentos de alto costo. Me parece que más importante que discutir los artículos es aportar ideas y ver cuál es la problemática nacional e internacional con respecto a los medicamentos de alto costo.

Entiendo que esta problemática es compleja y sensible. Inexorablemente, cuando se trata de la vida humana y de costos se hace complejo determinar: "Este medicamento, sí; este medicamento, no". Tendríamos que empezar por definir qué es un medicamento de alto costo: son aquellos medicamentos que tratan enfermedades catastróficas -enfermedades muy poco prevalentes y que necesitan de estos medicamentos para que el paciente pueda subsistir- y cuyo costo impacta en más del 40% del ingreso del núcleo familiar. Estamos ante una definición complicada, en momentos en que desde los sistemas de salud trabajamos para que el acceso sea universal, es decir, de todos los ciudadanos y ciudadanas del país.

Si repasamos la historia de este tema en América del Sur, concretamente en el Mercosur, vemos que desde hace muchos años los gobiernos están trabajando conjuntamente con la OMS y la OPS a efectos de encontrar alternativas. Dentro del Mercosur, el tema no está resuelto. Cada uno de los países ha tomado alternativas distintas.

Este es un problema que nuclea a los países del Mercosur, ya que todos suscribieron la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la cual se establece que la salud es un bien preciado para el Estado. Eso implica que en todos los países del Mercosur la judicialización de la medicina ha estado complicada: en el año 2013, San Pablo tuvo 2.900 juicios de amparo por medicamentos de alto costo; la provincia de Buenos Aires tuvo cerca de 2.200 juicios; Uruguay ha tenido menos: alrededor de ciento cuarenta y cinco juicios entre 2012 y 2015.

Si bien la judicialización no ha impactado tanto en Uruguay como en otros países, el nuestro ha sido uno de los pocos -si no el único en el Mercosur- que ha generado decretos de incorporación de medicamentos de alto costo al anexo III del Formulario Terapéutico de Medicamentos -que es el maneja el Fondo Nacional de Recursos-, obviamente, con ese equilibrio que debe tener el sistema.

En el informe que tienen en su poder, los señores diputados podrán ver los montos que ha gastado el Estado desde el año 2012 hasta el año 2015 en medicamentos de alto costo, en artículos quirúrgicos por concepto de acciones de amparo y gastos del Fondo Nacional de Recursos. En tres años y medio se han gastado US$ 12.000.000 ó US$ 13.000.000 para asistir a ciento cuarenta y cinco acciones de amparo. Este es un problema que, de alguna manera, debemos resolver. Y es difícil resolver, porque cada incorporación de medicamentos de alto costo al Formulario Terapéutico de Medicamentos impacta en la economía. Ese es el gran problema que tiene el Uruguay.

A los efectos de ilustrar las cifras que se manejan, el Fondo Nacional de Recursos tiene un presupuesto de US$ 190.000.000 anuales, de los cuales prácticamente el 80% se gasta en cirugías y en actos médicos: cirugías cardíacas, prótesis de rodilla, prótesis de cadera y pago a los IMAE. Se destinan US$ 35.000.000 a medicamentos de alto costo para el tratamiento universal -es decir, al que tienen acceso todos los ciudadanos del país- de gran número de enfermedades: artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn -estos medicamentos fueron incorporados hace poco, creo que en el año 2014-, cáncer de mama, de pulmón, renal, glioblastoma -cáncer del sistema nervioso central-, leucemia linfocítica, leucemia mieloide crónica y linfoma no hodgkiniano. Los tratamientos para todas estas enfermedades son financiados a través del Fondo. Obviamente, nos gustaría incorporar mayor cantidad de patologías de este tipo; el gran desafío que tenemos es buscar los mecanismos económicos para incorporar medicamentos de alto costo al Formulario Terapéutico de Medicamentos.

Hay ideas de cómo hacerlo y creo que las definiciones que ha tomado el Fondo Nacional de Recursos, a través de decretos incorporando nuevos fármacos, son acertadas, correctas y las que todos los países de América del Sur recomiendan. De todos los nuevos medicamentos de alto costo, solamente el 2% es efectivo en la cura concreta de la enfermedad. Lamentablemente, cuando los pacientes tienen neoplasia, en algunos cánceres -no en todos- estos medicamentos alargan y mejoran la calidad de vida de los pacientes, pero raramente curan.

Leí un artículo que refiere al estudio del costo- efectividad de un medicamento -cuya lectura recomiendo-, que habla específicamente de dos enfermedades que se tomaron en forma aleatoria para el análisis: el cáncer de pulmón monocítico y la leucemia mieloide crónica. El cáncer de pulmón, que es la primera causa de

muerte en el hombre y la tercera en la mujer -es una enfermedad potencialmente mortal-, está amparada por los medicamentos que da el Fondo en su tratamiento clásico, con la quimioterapia clásica -son medicamentos de altísimo costo-, pero ahora aparece la tendencia de agregar un nuevo medicamento: erlotinib. Si al tratamiento convencional se le agrega este medicamento, se mejora la sobrevida entre sesenta y noventa días, pero no mejora la calidad de vida; o sea, alarga la vida. En cambio, para la leucemia mieloide crónica -también es una enfermedad lenta, pero mortal-, si se agrega el medicamento erlotinib al tratamiento clásico de quimioterapia, se cura la enfermedad. Entonces, no podemos decir que este medicamento no tiene buena relación costo- efectividad; lo tiene para la leucemia mieloide crónica, pero no para el cáncer de pulmón.

Uno tiene que ver al sistema en su conjunto. Entonces, ¿cómo planteamos hacia adelante mejorar la inclusión de medicamentos de alto costo?

En primer lugar, creo que estos medicamentos tienen un costo enorme, porque son pocos los laboratorios que los hacen y los dueños de las patentes de estos remedios para enfermedades catastróficas que, como bien se decía, son de muy poca prevalencia. Por ejemplo, si hubiera muchísima cantidad de enfermos de estas patologías en el mundo, los laboratorios producirían estos remedios a costos inferiores, pero lamentablemente, por eso son enfermedades catastróficas de muy poca prevalencia.

Una de las soluciones sería la compra conjunta entre países. Eso ya se está haciendo desde el año 2000, cuando los países del Mercosur empezaron a trabajar en ese sentido, logrando disminuir el costo de algunos retrovirales entre un 50% y un 65% al realizar una compra conjunta. Ahora, en la última cumbre de ministros de la Unasur se llegó a un acuerdo para la compra de algunos medicamentos de alto costo, lo que creo será muy bueno para el país. Esa es una de las alternativas.

Otros países empezaron a producir este tipo de medicamentos; por ejemplo, Brasil. Este es el único país de la región que está fabricando medicamentos de alto costo con algunas patentes; no lo han podido hacer Argentina, Paraguay ni Uruguay, donde solo se fabrican medicamentos de uso común, corriente.

Otro de los componentes para trabajar en esta materia tiene que ver con lograr una mayor transparencia. Considero que el problema que estamos viviendo radica en que, por distintas circunstancias, la comisión asesora de incorporación de medicamentos de alto costo no incluye algunos medicamentos que deberían ser incluidos; no voy a hacer el análisis de por qué no fueron incluidos, porque los motivos deben ser multifactoriales. Uno de ellos puede ser que hubo tres ministros -resulta muy difícil tener una cabeza cuando pasan tres ministros en una administración, lo que también fue incorporado en el análisis-, pero también debe haber un problema de costos. Creo que debemos exigir a esta comisión asesora mayor transparencia al momento de tomar las decisiones. Me parece que eso es clave.

Conversando con algunos compañeros que tienen mucha experiencia en esta materia, el hecho de que sea en definitiva el juez quien decida otorgar o no determinado medicamento a un paciente es un derecho que tiene el ciudadano; por eso modificamos el artículo. Cuando se apruebe el artículo 425 que proponemos va a tener los mismos derechos que tiene hoy.

No obstante, me parece que por más que vayamos incorporando medicamentos de alto costo y de que vayamos ampliando el espectro de patologías catastróficas, debemos trabajar en la conformación de una comisión asesora de controversias. Cuando uno repasa los 145 acciones de amparo -yo no lo hice, pero sí gente que trabaja conmigo-, advierte que en la decisión no hay una defensa del Fondo por parte del Ministerio; solo establece: "No corresponde porque no está en el FTM". Me parece que se debería conformar una comisión asesora específicamente para los casos de controversias -o sea para aquellos medicamentos que no están dentro del FTM, pero que el paciente los amerita y el médico tratante los indica-, integrada por representantes del Colegio Médico del Uruguay -para que vea lo ético de las decisiones que se toman; creo que eso es importantísimo-, del Ministerio -el órgano rector de la política de salud debe estar presente-, de los pacientes -debe ser técnico para que vea cómo se trabaja en ese ámbito a la hora de tomar las decisiones- y el médico tratante para que defienda su posición. Considero que esta comisión, así falle a favor o en contra, va a tener la posibilidad de redactar argumentos que resultarán muy útiles para que el juez tome una decisión mucho más clara, y que no se encuentre solo con una hoja que dice que no otorgan determinado medicamento porque no está entre los del FTM. Me parece que podemos trabajar en ese aspecto.

Otra de las líneas a trabajar es con los laboratorios, con las multinacionales. Hay algunos ejemplos de riesgo compartido que se están llevando adelante con el laboratorio Roche; creo que se deben generalizar. Pero eso

no dependerá solo del Ministerio, sino de la voluntad que tengan los laboratorios de negociar. Riesgo compartido consiste en asumir los costos y los riesgos de manera compartida entre el laboratorio y el Estado, de acuerdo con los resultados del medicamento de alto costo.

Considero que tenemos por delante el gran desafío de volcar todas estas ideas a efectos de ir mejorando el sistema y consolidándolo cada vez más.

Uno siempre se hace la misma pregunta: ¿es lógico que en el Uruguay se gasten US$ 12.000.000 en 145 acciones de amparo? ¿El país se puede dar ese lujo? Esa es la pregunta que nos tenemos que hacer. También me gustaría saber algo más. Con los US$ 12.000.000 que insumieron las 145 acciones de amparo que hubo durante todos estos años ¿mejoramos la calidad de vida de esa gente? ¿Qué resultados se obtuvieron? Creo que es importante que contemos con todos estos elementos -que no conozco-, al momento de tomar las decisiones, para saber si sirvieron o no. Me consta que sí sirvieron en algunos casos, porque hay patologías curables, como el aneurisma de aorta abdominal y endoprótesis. No cabe ninguna duda de que en esos casos se mejoró la calidad de vida de los pacientes y hasta se curaron, pero me gustaría saber los resultados que se obtuvieron en todo lo que tiene que ver con las enfermedades neoplásicas y lo que el país invirtió en esas enfermedades.

Me gustaría que pudiéramos realizar un intercambio sobre este asunto. Si bien sabemos que tenemos posiciones encontradas con respecto a los artículos en cuestión, creo que debemos buscar soluciones entre todos. Considero que ese es el fin de esta cuestión. No se trata de apoyar o no estos tres artículos, sino de mirar más allá y buscar una solución entre todos. Será parcial porque nunca va a ser total; siempre habrá un paciente al que un médico le recetará algún medicamento que no esté comprendido en el FTM. Siempre se nos va a escapar algo.

**SEÑOR MIER (Egardo).- Estamos en el tratamiento de un tema de extrema complejidad desde el punto de vista científico, pero mucho más desde el punto de vista emocional y de la sensibilidad que todos tenemos y debemos tener ante un asunto de esta magnitud.**

Quiero referirme especialmente a que, en este análisis, no me puedo sacar el sayo de médico y tampoco quiero ni debo sacarme el sayo de haber tenido, durante cerca de treinta años de los treinta y tres años que ejercí la medicina, la responsabilidad de ser, primero, gestor y administrador de una institución de salud de mi pago, y después, la responsabilidad de estar al frente de una organización de salud muy importante de este país.

Por lo tanto, con esos sayos puestos, quiero manifestar que este es un tema tremendamente complejo, por sus implicancias económicas y científicas pero, sobre todo, morales, éticas y de escala de valores que tenemos todas las personas que hoy lo estamos tratando, y más aún, como médicos que somos.

Coincido con el señor presidente en casi todo lo que ha manifestado en su introducción.

Asimismo, quiero reconocer el avance y el esfuerzo realizado desde el Ministerio de Salud Pública, de las autoridades, y seguramente, del presidente y de algún otro colega integrante o no de esta comisión, por el cambio de redacción de los artículos para tratar de corregir aquellos aspectos más cuestionables.

Entiendo que el tema amerita una discusión profundísima con todos los actores que el presidente ha mencionado y, quizás, con algún otro, para intentar encontrar una salida, que es la misma que están buscando todos los países del mundo. Nuestro país, tan pequeño en número de habitantes, que ha sido pionero en muchas cosas, quizás, en algún momento, también podrá serlo en esto. Por lo tanto, compartiendo ese punto de vista, la primera crítica que me surge es que no debería estar incluido en el proyecto de ley de presupuesto, porque no es el lugar ni el momento de discutir un tema de esta complejidad.

Quisiera comentar que, como director técnico, muchas veces tuve que decir que no a los familiares o al paciente porque el medicamento que el médico había indicado no estaba en el Formulario Terapéutico Nacional. Yo tuve que poner la cara para decir: "No está. No te lo podemos brindar. No existe la posibilidad, porque esto cuesta carísimo. Busquemos alternativas". También participé de la búsqueda de alternativas varias, pero reitero que tuve que dar la cara diciendo que no. Estoy hablando con mucha sinceridad de este tema.

Entiendo que, por lo menos, sigue siendo cuestionable la constitucionalidad de este articulado, y digo: "por lo menos cuestionable", porque van a surgir las dos bibliotecas al respecto. De todas maneras, creo que con estos artículos no vamos a solucionar el problema, sino, quizás, a generar un problema mayor, porque todos aquellos pacientes que sientan que, en su cobertura de salud, no están recibiendo la medicación que algún médico -que siempre hay detrás- está suscribiendo, con este articulado, va a tener que recorrer un camino más largo, porque primero, deberá plantear la inconstitucionalidad del articulado y, luego, ir por el recurso de amparo.

Por todo lo manifestado, y compartiendo que el tema es mucho más importante y amerita reflexiones profundas, el Partido Nacional -es nuestra posición y fue lo que informamos a los compañeros- pretende quitar estos artículos del proyecto de ley de presupuesto. Esa es la posición de nuestro Partido y quiero expresarla desde el principio, porque creo que ustedes se merecen la sinceridad con la que siempre intentamos hacer las cosas, y esto va dicho con mucho respeto, con mucha cordialidad y también con mucha firmeza.

**SEÑOR LEMA (Martín).- Hace un rato decíamos que todos compartimos la sensibilidad y las características que tiene este tema, y de que íbamos a hacer todos los esfuerzos para mantener siempre un intercambio y una discusión fraterna. Hay que destacar que uno puede tener diferentes ideas y propuestas, pero no hay que ubicar un tema entre buenos y malos porque, a mi juicio, sería una concepción simplista y bastante fuera de lugar, ya que la posición que se adopte no define a la persona, sino que simplemente, es lo que cada uno interpreta de qué es lo mejor para los usuarios y para los pacientes. Esos intercambios que se dan fuera del ámbito de la comisión están buenos, porque nos llevan a todos a la reflexión y a tratar de discutir un tema de estas características moderadamente, porque siempre estamos al límite del temperamento, porque todos tenemos sentimientos, no somos de piedra, y cuando venimos a discutir acá, no nos ponemos el traje de legislador y dejamos afuera el traje de persona; creo que es al revés: que están los dos trajes juntos, y que si tiene que priorizarse uno, va a ser el traje de persona.**

Hago esta aclaración porque muchos ya conocen mi posición. Yo tengo una visión muy crítica del tema, pero que bajo ningún concepto intenta dividir entre buenos y malos; simplemente, es una visión que vamos a expresar y a fundamentar con muchísima convicción, con mucho estudio pero, sobre todo, con mucho sentimiento. Obviamente, no tenemos dudas del interés legítimo y de las buenas iniciativas que tienen otros legisladores, aún en las diferencias, pero nosotros tenemos que dar nuestra visión profunda y precisa del tema.

Debo decir que lo que acaba de manifestar el señor diputado Mier es efectivamente así. La primera propuesta que hace el Partido Nacional es la exclusión de los artículos 425, 438 y 439 del proyecto de ley de presupuesto, en primer lugar, porque el artículo 216 de la Constitución de la República establece que en las leyes de presupuesto no puede haber componentes que no tengan nada que ver con temas presupuestales. En este caso, no se asignan fondos; por lo tanto, desde el punto de vista formal, estos artículos no deberían estar en el proyecto de ley de presupuesto. Pero, más allá del aspecto formal -coincido con el diputado Mier acerca de su inconstitucionalidad-, no nos parece que ese sea el ámbito adecuado para dar una discusión de estas características.

Este es un tema de mucha sensibilidad, y si bien los legisladores aquí presentes tienen intención de contribuir, creo que si lo discutimos en tres artículos perdidos en más de setecientos de un proyecto de ley de presupuesto, empezamos perdiendo el partido, que es el de la discusión a fondo y seria. Por lo tanto, reafirmo todo lo que dijo el diputado Mier.

Recuerdo que el primer planteo que hicimos con relación a este tema fue el 23 de junio, cuando efectuamos una solicitud concreta al Ministerio de Salud Pública.

Uno de los aspectos por los cuales se realizó el planteo fue la Ordenanza Nº 86, de 27 de febrero -sobre la cual ya me han escuchado hablar-, que a mi juicio, es inoportuna, porque la firma una ministra de Salud Pública que a los dos días iba a dejar el cargo. Además, dos días después iba a asumir un presidente de la República de profesión médico oncólogo. No queremos decir que la ministra no estuviera en su derecho de firmar la ordenanza, pero, por lo menos, fue inconveniente e inoportuno que lo hiciera, si iba a asumir como número uno de todos los uruguayos un presidente que es médico oncólogo. ¿Qué mejor que esperar a que él

asumiera ese cargo tan importante para poder analizar la emisión de esta ordenanza considerando una política a más largo plazo y no tan cortoplacista?

Cuestionamos la Ordenanza por varias razones, entre ellas, porque no se cumple con el Decreto Nº 265 del año 2006, que establece que el Formulario Terapéutico de Medicamentos debe actualizarse anualmente. Lo que sucede es que el último antecedente de incorporación de medicamentos es de una ordenanza de noviembre de 2013, es decir, que pasó mucho tiempo sin que se actualizara, y cuando se dicta otra, lamentablemente, es con carácter de excluir y no de incluir

Entonces, uno se pregunta: desde noviembre de 2013 al 27 de febrero de 2015, en que fue firmada esta ordenanza, ¿no hubo un medicamento que ameritara el esfuerzo de incluirlo en el Formulario Terapéutico de Medicamentos? Entonces, empezamos por cuestionarnos esta ordenanza porque, a su vez, se estuvo tres años y medio analizando si algunos medicamentos, como el Cetuximab -aprobado por la FDA en el año 2004-, se incluían o no.

Coincidimos con la reflexión y el planteo realizado por el señor presidente de la comisión en el sentido de que exista más transparencia; en ese camino, nos tienen ciento por ciento poniendo nuestro recurso humano para mejorar en ese aspecto.

El Cetuximab está indicado para cáncer de colon rectal KRAS salvaje y parece ser la única alternativa eficaz para ese tipo de patología. Esto no lo digo yo, sino que existe un testimonio brindado por la presidenta del Fondo Nacional de Recursos, doctora Lucía Delgado, que es más que calificada. En lo personal, no soy médico, pero si la propia presidenta del Fondo Nacional de Recursos establece que este medicamento es la única alternativa eficaz para el tratamiento de cáncer de colon rectal KRAS salvaje, el mismo demora tres años y medio en considerarse y, a su vez, cuando se resuelve, se excluye, empezamos a darnos cuenta de que capaz que el esfuerzo tendría que haber sido mayor o hubiera sido necesario haber esperado para dictar esta ordenanza con respecto a los diferentes medicamentos que se excluyen.

A raíz de este tema, consideramos que la ordenanza -lo decimos con mucho respeto, pero es lo que percibimos- se emitió para frenar la ola de sentencias en contra que tenía el Ministerio de Salud Pública. Aquí me quiero detener, porque se habla de la judicialización. Respetamos los argumentos y, obviamente, lo lógico es que el paciente no tenga que estar recurriendo a la justicia para hacerse del medicamento, pero también es bueno establecer que en un estado de derecho y en un régimen republicano existe la separación de Poderes y el Poder Judicial oficia como garantía para que ese ciudadano, que considera tener un derecho lesionado, pueda concurrir allí para hacer valer ese derecho.

Estuvimos leyendo las sentencias de las que hablaba el presidente y nos llamó la atención que el Ministerio de Salud Pública nunca cuestionó el peritaje en ninguno de los juicios, es decir, las pruebas que se acreditaron de la evolución en el tratamiento de los pacientes -reitero, al no ser médico no estoy dando por bueno o por malo ningún tipo de sentencia-, porque antes de la ordenanza del 27 de febrero del corriente año, no se decía que era un tema costo- beneficio; en todo caso, se discutía la eficacia.

Empezamos a ver que el tema de la judicialización empezó a estar sobre la mesa -reitero, creemos que el sistema del estado de derecho permite recurrir a la justicia-, y para nosotros, la forma de combatirla es que exista un sistema más igualitario y más justo en el suministro de medicamentos de alto costo. Si el sistema funciona mejor, no va a ser necesario que tantos pacientes tengan que recurrir a la justicia para hacerse de esos medicamentos.

Vamos a recurrir a algunos ejemplos que se han dado en la Administración de hoy y los vamos a subrayar para sugerir tomar en cuenta algunas de las expresiones del presidente, que compartimos. Una de las desigualdades es entre quien tiene recursos suficientes y quien no los tiene; quien tiene recursos suficientes va y compra el medicamento, quien no los tiene no dispone de ese beneficio.

La segunda desigualdad que vemos es entre quien presenta la acción de amparo y quien no. Hay gente que ni siquiera tiene conocimiento de que puede ir a la justicia para hacer valer su derecho, que considera lesionado.

La tercera desigualdad está entre los que accedieron a la justicia, porque como esta depende de un sistema de turnos, un tribunal puede proporcionar el medicamento y otro tribunal, no. En estos casos, se da otra injusticia.

Un tema que vamos a comentar con el respeto debido -si hay alguna duda, aclaro que disponemos de los materiales que acreditan las afirmaciones- es que el Ministerio de Salud Pública excluye medicamentos, apela en los juicios, pero hace excepciones. El día 3 de junio, se dio una excepción -no vamos a dar nombres, porque acá celebramos al que tiene el medicamento; nos preocupan aquellas situaciones que están en idénticas características pero, lamentablemente, no disponen de él- y el 24 de setiembre nos enteramos de otra, curiosamente, con Cetuximab, el primer medicamento excluido en la Ordenanza Nº 86. Entonces, uno se pregunta por qué el sistema es desigual.

Cuando vino aquí el ministro, doctor Jorge Basso, el día 11 de agosto, le preguntamos por qué se había dado la excepción -tengo aquí la versión taquigráfica; figura en la página 21-, y aclaro que lo hicimos con espíritu positivo, hasta elogiándolo, porque -lo reiteramos una vez más- tenemos buenas referencias de él, ello nos otorga esperanzas y por eso vamos a seguir insistiendo en que puede mejorar la política. Lo que nos contesta el señor ministro -que se ve plasmado en la página 28- es que la excepción estaba basada en la evidencia científica y que solamente obedecía a esa característica, que era un criterio racional y que con eso quería dar tranquilidad de que no era por ser tal o cual persona.

Lo que dijo el ministro en ese momento fue que no era la única excepción, que en el año 2014 -vamos a decir todo; consta en la página 28 de la versión taquigráfica- se hicieron otras dos para patologías puntuales -sobre las cuales hicimos un pedido de informes que fue cursado y aún no ha vencido el plazo legal, por lo tanto el ministro está en tiempo de poder contestarlo- para las cuales ese medicamento era la única alternativa.

El 24 de setiembre vemos que hay una compra directa de Cetuximab, luego de que el Ministerio de Salud Pública, el día 24 de julio, dicta una sentencia luego de haber apelado. ¿Cuáles son las curiosidades que vemos en esto? Primero, que cuando el Ministerio apela se basa en su propia Ordenanza Nº 86; que cuando la sentencia le da a favor, se basa en la Ordenanza Nº 86 y el Ministerio de Salud Pública, que firma la Ordenanza Nº 86, que contesta y apela la sentencia basándose en su propia Ordenanza, al tiempo, termina comprando el medicamento, por lo tanto, se contradice a sí mismo.

Entonces, podemos hacer los siguientes razonamientos: si el Ministerio de Salud Pública tenía razón en cuanto a que era la única alternativa eficaz para ese paciente, ¿por qué lo hizo atravesar un juicio, con todo el estrés psicológico y emocional que esto significa? Si es cierto lo que dijo el ministro, la decepción es mucho mayor, porque ahí se produjo hasta una injusticia con el paciente, que después tuvo la suerte de ser excepcionado.

Además, cabe señalar que conocemos casos en los cuales, a pesar de que el medicamento indicado por médicos era la única alternativa, tuvieron que hacer tres peticiones administrativas después del juicio y el Ministerio de Salud Pública no hizo la excepción. Entonces, celebramos que haya pacientes que hayan recibido medicamentos por la vía de excepción, y si el día de mañana se les quita el medicamento, también vamos a protestar a su favor, porque si necesitan ese medicamento, está bien que lo tengan, pero también nos parece que se debe aplicar el principio de igualdad.

Conocemos no menos de tres casos que han pasado por el mismo escenario, que en el amparo, se da la sentencia favorable al paciente, el Ministerio de Salud Pública apela, con el tiempo se hacen peticiones administrativas, y a pesar de presentar evidencia científica -en algunos casos, la tenemos, por si a alguien le interesa; uno de ellos tiene la acreditación científica de San Pablo, de Argentina y de Uruguay-, el Ministerio de Salud Pública no la reconoce.

Entonces, si se dan por buenos los argumentos del Ministerio de Salud Pública de que se basó en la evidencia científica y de que era la única alternativa terapéutica eficaz para esos casos, se debe aplicar el principio de igualdad y mantener ese criterio en el caso a caso -son palabras textuales del ministro Basso-, para que los otros pacientes que están en las mismas circunstancias sean destinatarios del mismo trato.

Esto es algo que en breve solicitaremos al ministro Basso confiando en la buena fe. Realmente, estas personas no pueden estar atravesando esas circunstancias, viendo que todo es una injusticia. La pregunta es: ¿por qué a mi no, si tengo todas estas pruebas científicas? Queremos ayudar en todo lo que podamos a estas personas que están sufriendo estas injusticias y pensamos que hacer valer principio de igualdad en estos casos sería un gesto bueno y coherente de parte del Ministerio de Salud Pública.

Ahora, voy a hablar bien del sistema que emplean la Sanidad Policial y la Militar. Estuvimos viendo las compras estatales y vimos que muchas veces se adquieren medicamentos que están fuera del FTM: Cetuximab, acetato de abiraterona, Vemurafenib. Esto es así, porque tanto Sanidad Policial como Sanidad Militar tienen, respectivamente, una comisión en la cual analizan el caso, y en base a la evidencia científica, a la prescripción médica y a lo que tengan para evaluar, terminan dictaminando si se suministra el medicamento. Muchas veces, sucede que el paciente termina promoviendo una acción de amparo, pero, a diferencia de lo que ocurre hoy en día, una vez que el caso fue estudiado por una comisión. Obviamente, si hay una comisión que está funcionando, hay que respaldarla.

Otra de las cosas que también vemos es que cuando queremos saber cuál fue la motivación que tuvo el ministro de Salud Pública para tomar una decisión, por ejemplo, a través de la ordenanza del 27 de febrero, no es posible, porque no hay actas. Entonces, me pregunto cómo pueden llevar el hilo conductor de una discusión para determinar si es conveniente autorizar un fármaco. Es más: si tenemos en cuenta la sobrevida -que para mí es un aspecto muy importante, porque da tiempo a la ciencia para encontrar medicamentos de más efectividad que los existentes-, sabemos que hay medicamentos que no figuran en el Formulario Terapéutico de Medicamentos que aportan más sobrevida que algunos que están incluidos. Entonces, no soy médico, pero según las personas con las que me he asesorado, este Formulario debe ser revisado.

Por eso, entre las propuestas que hacemos, está la revisión semestral del Formulario Terapéutico de Medicamentos. Que quede claro que estamos dando un debate serio: esto no significa que cada seis meses se hagan incorporaciones automáticamente sin medir nada, sino que se esté al pie del cañón en cuanto a lo que está sucediendo en el mundo, que se esté al tanto de los nuevos medicamentos que la ciencia ha encontrado que tienen beneficios -que habrá que evaluar a través de un sistema de riesgo compartido o de otro tipo de sistema- y sea conveniente incorporar para la salud de los usuarios.

Cabe señalar que hace prácticamente dos años que este Formulario no se actualiza y que, cuando se actualizó, no sabemos cuáles fueron los fundamentos de la ministra de Salud Pública de la época, la doctora Susana Muñiz, para tomar la decisión. Por ejemplo, la autorización del Cetuximab se estuvo analizando durante tres años y medio. Entonces, sin tener actas, me pregunto cómo pueden los miembros de la comisión técnica asesora recordar los parámetros que se manejaron al inicio del análisis. Evidentemente, se pierde la frecuencia, la dinámica y, con ello, también el sustento y el argumento sólido que debe tener una decisión de estas características para un ministro.

Asimismo, queremos derogar la ordenanza Nº 86 y hacer una nueva que incluya medicamentos que el Ministerio de Salud Pública termina dando a manera de excepción, que además son indicados por médicos. Porque no es que un día un paciente se levanta, va al Fondo Nacional de Recursos y, como no le dan un medicamento, inicia un juicio: todo empieza por un médico que indica un medicamento. Además, sobre algunos medicamentos que están en la ordenanza, como la Lenalidomida, tenemos más de seis cartas de hematólgos y de la cátedra, que desde el año 2009 están solicitando su inclusión en el Formulario Terapéutico de Medicamentos. A su vez, el Sorafenib está indicado para cáncer renal diseminado -además de otros dos medicamentos-, pero no para cáncer de hígado primitivo, para lo cual no hay un tratamiento alternativo además de la quimioterapia, que conlleva consecuencias adversas.

Entonces, en estos casos, estamos hablando de afinar el lápiz. Hasta ahora no hemos hablado prácticamente de costos; estamos hablando de propuestas concretas y totalmente realizables.

Como se sabe, para nosotros, incluir estos artículos en el proyecto de ley de presupuesto es un gran error, porque también tenemos asesores de alto costo, alquileres de alto costo y publicidad de alto costo, y la pregunta que nos debemos hacer es si es más lógico tener asesores, alquileres y publicidad de alto costo o medicamentos de alto costo. En muchos casos, no tengo ninguna duda de que la respuesta es que es más lógico tener medicamentos de alto costo. Yo no quiero llevar la discusión a un ámbito que no es el de la Comisión de Salud Pública; la única razón por la que lo hago es porque estos artículos están dentro del presupuesto, y este hecho, uno de los errores que genera es, precisamente, que tengamos que analizar esto en el contexto de setecientos ocho artículos. Y vemos que en los setescientos ocho artículos hay un montón de cosas que, a mi juicio, serían de alto costo, que no son tan cuestionadas como los medicamentos de alto costo. Por eso no me parece lógico el cuestionamiento de los medicamentos de alto costo porque hay otros gastos del Estado de los que, perfectamente, podría prescindirse.

Otra de las propuestas que tenemos es la publicidad de los informes de la comisión técnica asesora. He escuchado a la gente del Fondo Nacional de Recursos y al ministro Basso hablar de los sistemas de primer mundo. En un momento se hablaba del Reino Unido; yo estudié el sistema del Reino Unido y puedo decir que el Uruguay está en sus antípodas. Por ejemplo, en el sistema del Reino Unido quien otorga los medicamentos es una agencia independiente. Acá se es juez y parte.

Por otro lado, en el Reino Unido se llevan las actas en forma pública, y mensualmente se publica cómo se viene desarrollando la discusión que termina en la inclusión o no de determinado medicamento. Una novedad es que una vez que está el dictamen, se abre un plazo de treinta días para que interesados, usuarios o quien fuera puedan impugnar la resolución adoptada. Esa es otra idea que podríamos tomar. Hablo del Reino Unido porque es el caso que ha citado el señor ministro de Salud Pública.

Otro elemento que nos parece importantísima es la cobertura afectiva de pacientes y familiares. Muchas veces se ha dicho que no a determinados medicamentos -y tendrán las razones que desconocemos; hay que ver por qué se dijo que no-, pero el apoyo, el respaldo y la comunicación se pueden perfeccionar. En lo personal -me hago cargo-, he hablado con pacientes y sus entornos, y puedo decir que el desgaste no es solo del paciente sino también familiar. Entonces, no cuesta nada mejorar en recursos humanos o en las formas que se comunican las cosas -sea a favor o en contra-, porque del otro lado hay familias y pacientes que sienten. Esto es algo que seguramente todos compartimos, y estaría bueno hacer un agregado para que la comunicación, el respaldo y la contención de quienes emiten la información se trasmitan exteriorizando mayor humanidad. No digo "con mayor humanidad" porque no soy quien para cuestionar la sensibilidad de las personas que deben comunicarlo.

Otra propuesta tiene que ver con el cumplimiento del principio de igualdad, y si se puede adelantar mejor. Nosotros le vamos a mostrar a Basso todos los casos, con evidencia científica más que comprobada, en los que por principio de igualdad vamos a pedir que esto se extienda, atendiendo el caso a caso -como él dijo-, con un criterio racional -como él dijo- y basados en la evidencia científica -como él dijo. Lamentablemente, en vez de obtener el medicamento algunos pacientes tuvieron que recurrir a la venta de bienes y quedaron prácticamente en una situación muy delicada; otros ni siquiera cuentan con esos bienes y están en una situación más que extrema. En los próximos días vamos a acreditar todo esto al ministro Basso.

Una cosa en la que insistió el Presidente y que compartimos es el sistema de riesgo compartido. Incluso lo hablamos -fuera de versión taquigráfica pero es bueno decirlo- respecto de la hepatitis C. Él me comentaba que la idea era hacer avances sobre este tipo de patologías. ¡Vaya si será importante esto! La pregunta que surge es por qué no aplicar esos medicamentos que están excluidos, pero a los que se da el beneficio de la duda en cuanto a que pueden ser efectivos.

Una cosa que quiero subrayar es que cuando hablamos de incluir medicamentos nos referimos a aquellos con comprobada seguridad y eficacia a nivel internacional, y que están en las cátedras. Es más: antes de hacer estas afirmaciones estuvimos leyendo las cuatrocientas páginas de las pautas de oncología para ver qué decía con respecto a medicamentos como el Sorafenib. En la página 193 se habla de cuáles son los beneficios para el cáncer de hígado primitivo, pero lamentablemente no está el protocolo para esa patología; por eso creemos que se pueden afinar este tipo de cosas.

Me parece que el sistema de riesgo compartido hay que extenderlo a un mayor número de medicamentos ya que, en definitiva, es un método que permite poner a prueba la eficacia de algunos fármacos.

Obviamente que nos hubiera encantado tener el Poder Ejecutivo, pero lamentablemente no lo tenemos -la ciudadanía, legítimamente decidió que el Gobierno debía ser del Frente Amplio-, por lo que solo queremos hacer algunas sugerencias

Respecto de algunos medicamentos que pueden ser cuestionados -paralelamente y complementando al formulario terapéutico de medicamentos-, creo que podrían aplicarse franjas al estilo del IRPF. Capaz que una persona no tiene el poder adquisitivo para afrontar todo un tratamiento, pero sí parte de él; de esta forma se establecería un sistema en base a franjas para generalizar o universalizar otro tipo de medicamentos. Acá hablamos de algunos que no son del formulario terapéutico de medicamentos -sobre los que creemos que hay que incluir y que el Fondo debe suministrar- porque generan alguna duda, o recién llegan. Entonces, se podría establecer una bolsa con esos medicamentos y aplicar el riesgo compartido y un sistema de franjas al estilo IRPF podría ser buena cosa.

Este tema nos parece importante por dos razones. Muchas veces hemos escuchado hablar de la sustentabilidad del sistema. A mi juicio, esa es una visión un poco apocalíptica. ¿Por qué lo digo? Porque en varias oportunidades le hemos preguntado al ministro Basso cuántos pacientes no reciben la medicación indicada por encontrarse fuera del FTM. El ministro de Salud Pública no ha manifestado una cifra. Entonces, si no se sabe cuántos, es muy difícil establecer cuándo, y si no se sabe cuándo, no se puede hablar de sutentabilidad de un sistema económico por los medicamentos de alto costo. Por eso es importante tener un censo o un estimativo de los pacientes que no dan con la medicación indicada por los médicos.

A su vez, es importante saber a qué paciente no se le está dando ese medicamento -por la razón que sea- y conocer qué alternativas se le está dando. Si a un paciente se le dice que no se le da el medicamento porque no está dentro del FTM hay que brindarle una respuesta desde el punto de vista médico. Por lo tanto, entendemos que debería disponerse de un censo o un estimativo de esos pacientes, por lo menos, para saber de dónde arrancamos y cómo está la situación general a fin de tener un poco más de conocimiento, inclusive, por la prevención.

Ya tenemos establecidas las metas asistenciales y otros formularios que también están por decreto, por lo que tener esta fotografía serviría para la prevención y el diagnóstico precoz.

Estas son metas generales. Con mucho gusto estamos a disposición para seguir aportando.

Por último, digo que no había visto la redacción final de los artículos 425, 438 y 439. Comparto con mi colega, el diputado Mier, que se valora el esfuerzo y que hubo una apertura por parte del Frente Amplio para modificar el artículo 425. Celebramos esa apertura e insistimos en que esta norma no debe estar dentro del presupuesto, pero leyendo la nueva redacción igual me preocupa, porque por un mecanismo inverso al propuesto en la redacción anterior también se puede llegar a limitar en alguna medida.

En el artículo se establecía "No es responsable"; a texto expreso se quitaba la responsabilidad de suministrar medicamentos, técnicas y demás. En este caso se establece: "Dichos programas" -que son los que en definitiva termina definiendo el Poder Ejecutivo- "serán los que las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tendrán la responsabilidad y obligación de suministrar a toda la población usuaria de dicho Sistema".

Al establecer a texto expreso que "tendrán la responsabilidad y obligación", evidentemente, se exime de responsabilidad por lo que no esté comprendido. Por lo tanto, no compartimos la actual redacción de este artículo.

Este es un artículo que vamos a analizar más a fondo -recién acabamos de tomar conocimiento de él-, pero a priori entendemos que es contraproducente.

Por lo tanto, más allá de respaldar la moción presentada por el diputado Mier de excluir estos artículos del presupuesto y de entender que esto amerita un debate a fondo, serio, con exclusividad y profundidad, literalmente nos preocupa el contenido del artículo 425. Quiero dejar constancia de esto porque si se cambia la redacción, pero en los hechos termina pasando exactamente lo mismo, nos encontraremos ante una situación que no es la deseada.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Seguramente tendremos que pedir autorización a la Cámara para continuar sesionando, porque esta discusión da para mucho y creo que debemos aprovechar el tiempo de la mejor manera posible.**

**SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Quiero destacar que estamos discutiendo en un clima de respeto un tema que tiene un hondo contenido humano, pero el progreso de la medicina moderna ha hecho que los costos hayan aumentado exponencialmente. Por lo tanto, los análisis costo- efectividad no apuntan a abaratar la medicina sino a que partiendo de una política de equidad se brinde a quien necesite el tratamiento que el estado del arte determine, basado en análisis de eficiencia, efectividad, eficacia, calidad de la atención y también sustentabilidad del sistema, porque muchas veces lo que le damos a uno se lo estamos sacando a otros y el médico es el primer responsable. Por eso uno de los principios de la bioética es el de justicia, que implica no dar lo que no corresponde y dar lo que corresponde.**

Otro problema es el resultado, el outcome de todos los procedimientos que estamos utilizando. Esto no solo se da a nivel farmacológico, ya que especialmente el desarrollo de los anticuerpos monoclonales, las nuevas terapias y los nuevos equipamientos médicos, así como las prótesis endovasculares y las prótesis cardíacas hacen que nos enfrentemos cotidianamente a dilemas que debemos resolver de acuerdo con criterios éticos y de asignación de recursos y con equidad. Por lo tanto, esto me parece justificado, ya que en algún lugar debía comenzarse a discutir el tema, y aquí hay un problema de presupuesto o de recursos, en un país que aun con su escasa población y su desarrollo relativo puede brindar a sus ciudadanos servicios y medicamentos que países desarrollados no ofrecen. Hay países desarrollados en los que hay gente que se muere sin que le implanten algo tan simple como un marcapasos. Sin embargo, Uruguay fue uno de los pioneros en América Latina en socializar la implantación de esos equipos y estamos hablando de algo que sucedió en el siglo pasado.

Acá no se trata de retacear algo a un paciente. Además, se da la casualidad de que el presidente de la República y el ministro de Salud Pública son médicos; inclusive, uno de ellos experto en oncología. Aquí hay un problema mucho más profundo que debe ser analizado seriamente. Debemos buscar una solución que tal vez no encontremos en un momento porque la medicina está progresando mucho. Creo que debemos dirimir un conflicto entre la persona -en este caso el paciente- y su médico tratante, la administración y la sociedad, que deben asignar un recurso si es correcto y si está de acuerdo con el estado del arte. El ciudadano tiene todo el derecho de que la sociedad lo proteja y de ser amparado, tal como lo establece la Constitución. Este proceso de amparo es perentorio ya que en muy poco tiempo el juez debe decidir. El tiempo para la apelación también es muy corto, lo que generalmente judicializa la medicina. Entonces, tenemos que buscar un procedimiento para resolver aquellos casos que no están comprendidos en la práctica habitual.

Creo que lo que propuso el señor presidente parece razonable. La resolución de esta situación amerita una opinión de ateneo y de arbitraje. Pero no solo se trata de un tema de expertos sino que deben estar representados todos los sectores involucrados.

Cuando hablamos de medicina de la evidencia científica estamos refiriéndonos a la medicina de la evidencia y en este sentido ha cambiado. A comienzos del siglo pasado para que un tratamiento fuera aprobado bastaba la opinión de un profesor o un médico reconocido que dijera que en determinada circunstancia había tratado a un paciente y había mejorado. Además, aquí no estamos hablando de tratamientos en los que se da una curación sino un aumento de sobrevida, en la mayoría de los casos. Pero hoy en día eso no se acepta porque es subjetivo. Cuando nosotros decimos que la sobrevida de un paciente oncológico va a ser de tantos meses eso tiene un rango de variación que es muy difícil de evaluar. Entonces, cuando hablamos de medicina de la evidencia nos referimos a estudios randomizados -doble ciego, si son posibles-, es decir multicéntricos, que abarcan una población de individuos que fueron tratados con la nueva terapia y son comparados con otros a los que se les aplicó la terapia anterior. Eso es medicina de la evidencia científica. Lo que pueda decir un médico en San Pablo, Buenos Aires o Uruguay, es importante pero no tan definitorio, especialmente cuando hemos comprobado, inclusive a nivel de la FDA -donde hay casos evidentes- la presión que ejerce la industria que financia los viajes de los médicos, así como muchas clínicas. Esa es una realidad y eso también debe tenerse en cuenta cuando tomamos decisiones.

Nosotros debemos resolver un problema perentorio y comparto el hecho de que se reúna un comité en el que estén representados el colegio médico -porque es un problema ético-, la administración y el paciente con su doctor. Considero que en ese ámbito, en el que los expertos deberán elaborar un informe luego de declarar que no tienen conflictos de intereses, se pueden resolver aquellos casos en los que hay controversia. De esa manera se podría evitar la judicialización, porque aunque no se puede negar la vía judicial, el juez tendría un informe no solo técnico sino global, porque este no es un problema solamente técnico sino de toda la comunidad, que consiste en decidir de dónde asignamos recursos y qué costos de oportunidad estamos pagando en ciertos casos por invertir dineros en una sobrevida de treinta días, mientras tenemos pacientes niños con leucemia en los que también debemos invertir. En ningún país existe la economía de la salud, que no está basada en el ahorro sino en la correcta asignación de recursos, porque todo acto médico necesita una base material; ninguno es sin valor.

Entonces, creo que el arbitraje realizado por una comisión en la que estén todos los involucrados sería una solución para los casos de controversia, más allá de que las medidas estándares o generales se tomen a través del formulario terapéutico nacional. Debemos tener claro que estamos hablando de sistemas sanitarios en los que los recursos son financiados por toda la sociedad y no por un individuo.

**SEÑOR BIANCHI (Daniel).- Estamos de acuerdo en una cantidad de aspectos. Creemos que la comisión sería un adelanto muy importante, pero debemos ir definiendo lo que vamos a hacer con estos artículos. La bancada de nuestro partido se ha reunido y ha decidido por unanimidad no acompañarlos. Sentimos que el tema es de tal sensibilidad e importancia que debería ser tratado en una norma aparte.**

Si el partido de Gobierno, en todo su derecho, insiste en presentar estos artículos en el presupuesto, vamos a proponer una redacción alternativa.

**SEÑOR RÍOS FERREIRA (Silvio).- Indudablemente, este es un tema difícil, de actualidad, que viene ocupando la atención en todas las sociedades, tanto las desarrolladas como las subdesarrolladas, más en nuestro caso en el que siempre es necesario distribuir los recursos lo más racionalmente posible para ser más eficientes. La eficacia, que tanto se ha mencionado, se logra haciendo que los gastos arrojen un buen resultado.**

Quiero referirme a mi experiencia como médico durante muchos años. El sistema de salud uruguayo hoy recoge la convergencia del esfuerzo de la sociedad uruguaya. La sociedad uruguaya en su conjunto, desde el poder político -hablamos de todos los partidos políticos-, siempre ha dado prioridad a la salud, que pasa por la educación, la prevención de la enfermedad, la correcta alimentación, por llevar una vida sana. Cada vez se promueve la salud con más fuerza. Creo que Uruguay ha asumido un compromiso muy fuerte al respecto.

Hace algunos días decíamos que el Fondo Nacional de Recursos surgió por los años ochenta, en plena dictadura. Sin embargo, los propósitos que perseguían eran nobles y con el correr del tiempo demostraron la preocupación que existía, aun en ese período de Gobierno, por la medicina de alto costo, dado que en esos años se empezó a trabajar con la cirugía cardíaca, la prótesis de cadera, además de los centros de diálisis, es decir, todo lo que era caro y prolongaba y permitía buena calidad de vida. Como es natural, estos centros surgieron en Montevideo, pero porfiadamente fuimos abriendo centros de diálisis en ciudades importantes de distintos departamentos del país, que posibilitan la sobrevida de muchos pacientes, para luego realizar los trasplantes, que se incorporaron después. Gracias a esto, felizmente, hoy tenemos entre nosotros a mucha gente que años atrás, sin estos tratamientos, irremediablemente moría.

Entonces, me parece que hay una conjunción de la sociedad uruguaya que posibilitó esto, con el Ministerio como órgano rector. El sector privado también acompañó y no en la fórmula, sino en los hechos porque, en realidad, destinó una parte de la canasta de prestaciones a la medicina de alto costo. Eso posibilitó que nosotros tuviéramos la atención de toda la parte quirúrgica que ya conocen y que cada día se extiende más, porque así como todos los días queremos ingresar un medicamento de alto costo, también fueron ingresando gradualmente al Fondo Nacional de Recursos la endoprótesis, la prótesis aórtica, entre otras prestaciones.

Hace unos días recibí un mail de una abogada de Estados Unidos, que está trabajando en derechos humanos, en el que me decía que a mí me podría tocar un caso que necesitara medicina de alto costo. Creo que todos los seres humanos estamos expuestos a requerir medicina de alto costo, tanto sea cirugías, tratamientos oncológicos. Inclusive, ahora hay un mayor conocimiento de las enfermedades autoinmunes y comienzan a aparecer medicamentos para estas enfermedades, que son de altísimo costo. Hoy se empiezan a conocer más las causas de ese famoso reuma que tenía doña María; si se puede evitar la invalidez que tiene el paciente en el desarrollo pleno de la enfermedad, creo que es muy noble hacerlo y hay que tenerlo en cuenta.

Nosotros estamos en un país que se ha preocupado por estos temas.

El Sistema Nacional Integrado de Salud aparece en un Gobierno del Frente Amplio, pero fue aprobado con el apoyo de todos los partidos políticos. Esa es una expresión muy clara de que se está tratando de resolver el problema de todos los uruguayos. Tengo dos hijas pediatras y trabajan en Uruguay Crece Contigo. Existe preocupación porque los pocos niños que nacen en Uruguay reciban la atención adecuada, para que realmente mañana puedan ser ciudadanos con la plenitud de sus facultades. Inclusive, hay preocupación por el registro; el médico, la nurse, la enfermera, van al fondo del barrio a buscar al niño que no llevaron a controlar. Creo que esa es una expresión muy clara de que esta es una medicina fuertemente social, con una preocupación profundamente humana. La abogada que me escribió de Estados Unidos me planteó que a mí me podría tocar un caso que necesitara medicina de alto costo para conmoverme. En realidad, en el ejercicio de la medicina

siempre me conmovió la responsabilidad que tenía como médico de atender a los pacientes de la mejor manera posible.

Además, la profesión médica no es de orden individual. Lo fue en otro momento del desarrollo de la medicina, pero hace prácticamente cien años que Uruguay es ejemplo en cuanto a que la medicina se hace colectivamente. Y no me refiero solo a la formación, dado que la Facultad de Medicina se encarga de inculcar el desarrollo de la medicina en equipos multidisciplinarios, en el que todos tienen igual responsabilidad y todos pueden contribuir, sino también en los sectores asistenciales. Por ejemplo, el sector mutual comenzó con los inmigrantes, que vieron que debían cubrir sus necesidades básicas. Entre ellas, surge la Sociedad Española Primera de Socorros Mutuos. Y los uruguayos fuimos aprendiendo de ellos. Entendimos que no es posible afrontar la enfermedad individualmente. Por la experiencia que tengo de años de trabajo en el interior del país puedo decirles que los centros de asistencia en el interior fueron hechos colectivamente. Las personas adineradas creían que podían resolver su situación de enfermedad tomándose un avión hasta Montevideo. Eso no es así. Las cosas se resuelven de otra manera. Así empezaron las afiliaciones individuales, las colectivas, por grupos de interés, por grupos de trabajo. Una cuota parte de lo que se obtenía se destinaba a la medicina de alto costo.

Entonces, tenemos testimonios suficientes.

Reconozco que si desde 2013 hay poca incorporación de medicamentos que se sabe que están dando resultados, hay que andar más rápido. Por eso comparto la posibilidad de que se genere un ámbito de discusión de estos temas para poder resolver rápidamente. Lo que me preocupa es que no estemos corriendo detrás de lo que es la industria farmacéutica, que conocemos mucho.

Cuando mis hijos eran chicos, siempre les decía que el medicamento que atravesó el cielo fue la aspirina. Se patentó en 1901 y sigue siendo hoy un antiinflamatorio, un analgésico, un antiagregante plaquetario, y los pacientes de alto riesgo, operados en los centros más importantes, terminan tomando una aspirina por día. Ese medicamento, pasó el siglo pero, en ese siglo, ¿cuántos medicamentos aparecieron como la panacea para esto o aquello y terminaron no siendo nada, que ya ni nos acordamos del nombre? No sé si este tema debe estar o no en el presupuesto; tal vez sí, por el costo que pueden tener, pero tiene que ser una facultad del Estado. El que tiene que regir estas políticas es el Estado. Entonces, tiene que buscar los mecanismos para ver cómo el Estado se interrelaciona con los sectores de la industria que tienen ese tipo de experiencia. El Colegio Médico, en el poco tiempo que lleva funcionado, ha hecho un gran trabajo desde el punto de vista ético, porque la industria farmacéutica tiene, en el mundo, antecedentes de haber hecho cualquier tipo de experiencia sin el consentimiento de los pacientes. Fue toda una etapa en la historia que los movimientos éticos relacionados a los médicos permanentemente están teniendo en cuenta.

Creo que quienes tenemos que controlar los avances de la industria farmacéutica somos nosotros, y es por eso que, de repente, tenemos que agilizar un poco más las cosas.

Además, hay algo que escuché en los medios que quiero compartir aquí. En caso de que el paciente haga la gestión de amparo -anticipo que estoy completamente de acuerdo con ella; siempre tiene que existir, porque es un aspecto de igualdad ante la ley, que no tiene lugar a discusión-, salga un laudo que diga que esa persona tiene que recibir el medicamento y el Ministerio de Salud Pública apele -el principio de apelación se da porque, en realidad, el Ministerio de Salud Pública entiende que no debía darlo por cómo eran las canastas de atención y demás-, aún luego de hacerlo, muchas veces, ha dado el medicamento. ¿Cómo le siguen dando el medicamento? Porque es de acuerdo al resultado. Hay cosas que son muy claras. Si ese paciente, con ese medicamento, se está mejorando, aunque haya una definición favorable al Ministerio de Salud Pública, este tiene que seguir dando la medicación, porque hay una evidencia clara de que las cosas están bien. Si ese medicamento no está produciendo una mejoría o le está haciendo mal, seguramente el Ministerio de Salud Pública no se lo dará. Entonces, a veces hay una flexibilidad en estas cosas que están emparentadas con la ley y con las resoluciones; me parece bueno que lo tenga y hay que seguir adelante.

Felicito el nivel con que se están discutiendo estos temas y ojalá podamos lograr, junto con la Facultad de Medicina, con la gente del Fondo Nacional de Recursos, con las instituciones asistenciales y con los responsables de la canasta de atención, una nueva redacción, porque se está planteando que ellos sean los responsables de que se otorgue este tipo de medicación a los pacientes. Creo que con ese conjunto de interesados podremos llegar a resolver este tema.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).- Estoy bastante de acuerdo con las cuestiones de fondo, con algunos matices.**

Se habla de la sobrevida de treinta días como si eso fuera poco, pero es el cien por ciento de lo que le queda a uno; es un montón. Si treinta días es el cien por ciento, es el todo, es la vida. Todos quienes estamos en esta sala somos pacientes terminales.

**SEÑOR DE LÉON (Walter).- No me refería a los treinta días. Dije que esos treinta días son muy difíciles de evaluar, porque cuando se dice, por ejemplo, que un paciente con cáncer de pulmón tiene seis meses de sobrevida, pueden no serlo, porque a veces sobreviven tres meses y, en otros casos, dos años.**

Conozco el caso de un paciente que sobrevivió más de dos años, con cáncer de pulmón diagnosticado, que los libros decían que iba a vivir mucho menos tiempo, y no fue así. Entonces, si a esa persona le daban agua de Querétaro, dirían que vivió por esa razón. A eso me refería. Además, no es una decisión que podamos tomar nosotros solos; es una decisión colectiva. Por eso, proponíamos que la decisión fuera tomada por un colectivo.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).- En cualquier caso, la dotación de recursos que la sociedad destina a la salud, es una cantidad finita, inextensible. Después de que nosotros levantemos la mano aquí o en el Senado, la sociedad uruguaya destinará cierto monto de dinero a la atención de la salud de las personas. Y nosotros, los médicos -no los legisladores-, con nuestra chequera, que se llama recetario -es una chequera, porque cada vez que uno llena una receta con un remedio o hace una indicación cualquiera, está tomando dos decisiones: decide que ese recurso se asignará a un paciente y decide que ese recurso no se asignará a los otros, porque la dotación de recursos que tiene la sociedad es finita- cada vez que asignamos un recurso a un paciente, simultáneamente estamos decidiendo que ese dinero no se utilizará para otra cosa. Ahí hay una cuestión de responsabilidad, que vale para esto y para muchas cosas más, porque a veces los médicos no necesariamente estamos a la altura de la responsabilidad. Está todo ese capítulo de las certificaciones médicas al que alguna vez le tendremos que hincar el diente, porque tal vez los médicos no siempre estemos a la altura de las responsabilidades que debemos tener.**

Ninguno de nosotros duda de la entereza ética de quienes estamos debatiendo acá. Particularmente, confieso que no tengo un prejuicio para con el señor ministro de Salud Pública; al contrario. Aclaro que esto no es un tema de presupuesto. A mí me enoja mucho cuando el gobierno tiene esa vocación fundacional de creerse que el estado de bienestar y las políticas sociales aparecieron en este país hace diez o doce años, cuando las cosas no han sido así. También del otro lado deberíamos actuar con la misma cabeza y con la misma responsabilidad, y hacernos cargo de que este no es un problema del gobierno. Es un problema de la sociedad uruguaya, al que tenemos que encontrar alguna solución. Cuando hablamos de situaciones catastróficas y de medicaciones de alto costo, estamos hablando de un problema de la sociedad, que no es de un gobierno, sino de todos nosotros y que no es de las instituciones que se funden o que se dejan de fundir: es un problema de la sociedad toda y tenemos que actuar responsablemente. Por eso, de la misma manera que digo que preferiría que este tema no estuviera presente en el presupuesto -no sé cuál será la decisión definitiva de la bancada oficialista al respecto-, señalo que deberíamos hacer, en conjunto, el compromiso de encontrar una alternativa, no para dentro de doscientos años. Debemos encontrar una fórmula que nos permita una solución, que siempre será provisional.

Es mentira que si el sistema funciona mejor, la gente concurrirá menos a la justicia. Siempre habrá quien concurra a la justicia. Y la situación actual es insostenible. ¿Quién determina el PIAS, en este país? Muchas manos en un plato hacen mucho garabato. ¿El PIAS lo determina Salud Pública o lo determinamos todos? Cada vez que la justicia hace un fallo, un veredicto en este sentido, está metiéndose con el PIAS. Asimismo, cada vez que los legisladores votamos una ley determinando técnicas de reproducción humana asistida -como la votamos en el período pasado- incrementamos el costo de la salud en este país; en ese sentido, tenemos otros proyectos a estudio relativos a la obesidad, a la diabetes y demás. Legislamos por patología y, además, somos permeables a las presiones de los lobby, que es otra cosa que nos pasa; particularmente los legisladores somos muy permeables a las presiones de los lobby. Entonces, nosotros vamos y sacamos una ley, pero así las cosas no funcionan.

Nosotros planteamos -ningún agónico parlante amplifica el silencio del Partido Independiente- que debería haber una agencia independiente que evaluara la introducción de tecnología y de fármacos nuevos; estoy pensando en un instituto como el LATU. Nos parece que esa sería la escapatoria. Sería la encargada de asesorar para la incorporación de nueva tecnología y de nueva medicación, pero también asesoraría a la justicia, cuando esta lo requiriera. Considero que esa sería la manera de terminar escapando de esta cuestión en la que la justicia piensa una cosa y el ministerio piensa otra. Me refiero a una agencia que tenga participación técnica, fundamentalmente.

Lo que no nos puede pasar es que la evidencia científica sea diferente en Uruguay que en Brasil, como se ha dicho aquí que sucedió. Eso no puede pasar. La evidencia científica es una sola. Esas cosas no nos pueden pasar más; debemos encontrar una respuesta definitiva a este problema.

Insisto, me parece que en el tema de fondo, en la cuestión filosófica y ética de este asunto estamos todos de acuerdo. Me da esa impresión por lo que escucho y porque conozco el espesor ético de cada uno de los que están sentados en esta mesa.

Lo que tenemos sobre la mesa, específicamente, son estos artículos, que considero no son de materia presupuestal. Ahora, en forma simultánea, creo que no se resuelve el problema si votamos en contra de estos artículos, en cualquier caso. Lo que sería bueno es que tuviéramos la capacidad de hacer un compromiso a efectos de encontrar una alternativa en la que todos concedamos algo -teniendo en cuenta que eso es lo que implica una negociación- y no dejemos con esto solo al Gobierno, porque insisto en que creo que este no es un problema del Gobierno, sino de todas las partes; es una realidad de Uruguay, de la sociedad humana.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero felicitar a los compañeros por el nivel de la discusión que hemos tenido. No sé si hoy llegaremos a un consenso, pero me parece que, reitero, la discusión ha sido muy buena y válida.**

Quiero decir que esta es una realidad mundial; no es responsabilidad de este Gobierno ni del Uruguay, sino de la sociedad, a nivel mundial. Existen responsables en determinar las políticas públicas, en este caso de salud, que son los Gobiernos nacionales; por otro lado, existe el reclamo legítimo de los usuarios en el sentido de que los Estados les garanticen los medicamentos, sean cuales sean, y por otro, está la industria farmacéutica y las multinacionales. Entonces, se generan tensiones -algunas veces más y otras, menos- que inexorablemente terminan en la justicia. Ante cualquier posibilidad de ir mejorando e incorporando medicamentos, siempre habrá alguien desconforme, siempre habrá una enfermedad o un medicamento que queden por fuera, por lo que siempre se va a estar recurriendo a la justicia. Esto nunca termina. Es así. Pero podemos buscar la manera de minimizar un poco los impactos.

Realmente, yo estoy orgulloso del Sistema Nacional Integrado de Salud que tenemos. Creo que fue un acierto crear e incorporar la canasta de prestaciones y el Formulario Terapéutico Nacional. Uno, que tuvo posibilidades de salir a exponer la realidad uruguaya en el mundo, cuando refiere a la cantidad de prestaciones que Uruguay brinda a través de los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, sea componente público o privado, y lo que paga el usuario, advierte que eso impacta. Realmente impacta la cobertura que estamos teniendo. Me siento orgulloso de eso. Me siento orgulloso cuando los pediatras van a la casa de un recién nacido, antes de los treinta días -como dijo el diputado Ríos Ferreira-; me parece que ahí está la inversión pública más fuerte. Creo que lo que el país destina en salud no es poca cosa. ¿Se tiene idea del monto de dinero del que estamos hablando? Se trata del 9,2% del producto bruto interno. Es un volumen importante y con ese volumen debemos administrarnos.

No digo que sea fácil; todo aquí es difícil. Pero quienes tenemos responsabilidad de gobernar, quienes estamos en el Gobierno ahora -en este caso, el Frente Amplio-, tenemos la responsabilidad de gobernar de la mejor manera y de distribuir los recursos económicos de la mejor manera. Y considero que eso se está haciendo, y se está haciendo bien. Obviamente, hay errores -nadie puede ser perfecto- y se cometen excepciones. Por lo pronto, yo no voy a contestar al diputado Lema sobre las excepciones, porque tiene razón; la tiene. Cada excepción vulnera el sistema. Entonces, es muy difícil. Tiene razón. Pero no voy a hablar de las excepciones, sino del marco general.

Cuando hablamos de evidencia científica creo que la deberíamos asociar al costo efectividad del medicamento, porque cualquier libro internacional puede sostener que salió una droga que trata determinado

cáncer pero nosotros, ¿la podremos incorporar a nuestro sistema, con nuestro componente económico, con nuestra distribución económica? Ahí es cuando surge el dilema. Cada vez que Uruguay incorpora algún medicamento lo hace en forma universal y no particular, como sucede en Argentina y Brasil, por ejemplo, que analizan cada caso.

Entonces, es fácil, desde la vereda de enfrente, decir que hay que dar la medicación correspondiente a todos los pacientes que tengan determinada patología, pero primero se deben evaluar los resultados costo efectividad y la evidencia científica -creo en eso-, con estudios de doble ciego que demuestren que la incorporación de un nuevo medicamento de alto costo mejorará la calidad y la sobrevida, de forma tal de que se pueda tomar la decisión de incorporarlo universalmente. Ahí está el problema; es muy difícil. Y me hago una pregunta sobre la que no tengo respuesta. Me pregunto si el país puede gastar US$ 12.000.000, en tres años, en la atención de145 enfermos. No tengo la respuesta. Obviamente, por un lado puedo decir que sí, porque son 145 seres humanos que se merecen todo el esfuerzo del Estado para poder vivir pero, por otro, estoy sacando US$ 12.000.000 al sistema para mejorarlo o para ir a la casa de la persona humilde que no puede llevar al pediatra, a la policlínica o al centro de salud de la zona. Entonces, entro a comparar, y ahí está la confusión y la sensibilidad de este tema: cuando nosotros, con nuestra voluntad, decidimos para un lado o para el otro; ahí está el equilibrio del tema. Concuerdo con que uno de los principales responsables de este problema somos nosotros, los médicos.

Estuve repasando algunos artículos de estudios multicéntricos hechos en Estados Unidos y en España, donde entre el 40% y el 50% de los errores médicos se cometen en el momento de la prescripción, con volúmenes y costos altísimos.

Obviamente que los médicos tenemos presiones de la industria farmacéutica. Casi todos los que estamos acá somos médicos. ¿Qué son los visitadores médicos? ¿Qué rol tienen los visitadores médicos? Tienen el rol de informar sobre el medicamento que está saliendo, de los efectos adversos, de las contraindicaciones, pero están haciendo propaganda de ese medicamento para que el médico pueda recetar. Y, en función de la cantidad de cajitas que le deja el visitador al médico, es con la antipatía o la simpatía con que lo ve el médico al visitador. Esa es la realidad. No nos estemos engañando los que somos médicos

Entonces, viene el laboratorio que me da un viaje por año, que me invita a un congreso, que me invita a una cena, y estoy predispuesto a recetar ese medicamento. Y si, además, ese medicamento es de alto costo, la responsabilidad del médico es mayor, y ahí es cuando exijo responsabilidad en el cuerpo médico cuando prescribe medicación.

Obviamente que no todos los médicos son iguales, ni todos los médicos somos permeables de una manera u otra, pero creo que en el análisis global de tema eso debe estar, no como cosa fundamental, sino como un agregado importante. ¿Por qué? Porque el paciente, que recibe de su médico tratante, que es en quien confía, la prescripción de un medicamento, es porque el médico quiere hacer el bien. No receta porque va a hacer un viaje; receta porque está convencido de lo que está haciendo. Por eso decía -sé que estoy mezclando los temas- que en esta concepción que tengo de que haya una comisión de controversias, me parece fundamental la presencia del médico tratante, para que defienda, para que dé argumentos técnicos, científicos y éticos, entre otros componentes que no voy a reiterar.

Realmente, estoy contento con el nivel con el que se está dando esta discusión. Obviamente, es un tema que nunca se va a resolver, porque mañana o pasado se van a incorporar otros tres medicamentos de quimioterapia de alto costo para el tratamiento de distintos cánceres, porque ya están saliendo nuevos. Sin embargo, a lo que no podemos renunciar es a la posibilidad de que el usuario pueda recurrir a la justicia ante cualquier imprevisto que no esté contemplado en el Formulario Terapéutico de Medicamentos. Creo que la posibilidad de recurrir al amparo debe estar, pero siempre van a quedar vetas.

Pero sería un error si no incorporamos al análisis el tema costo efectividad, el tema económico, porque esto es un tema finito, el dinero es finito.

**SEÑOR PRESIDENTE.- La comisión pasa a intermedio.**

(Es la hora 15 y 55)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 17 y 32)

**SEÑOR MIER (Sergio).- La Comisión de Salud y Asistencia Social no se puede expedir en tanto formalmente no tiene acerca de qué expedirse, más allá de la voluntad de los integrantes de la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda que desglosaron estos artículos a fin de que nosotros los consideráramos. Por tanto, solicito que la versión taquigráfica de esta sesión de la Comisión, con la posición de los distintos compañeros que representan a diferentes partidos políticos, se haga llegar a la mencionada Comisión con el ánimo de cumplir con el cometido solicitado.**

La posición del Partido Nacional es intentar que estos artículos no estén contemplados en la discusión presupuestal, por lo cual solicitamos sean excluidos del proyecto de ley de presupuesto.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Me parecen importantes las reflexiones que cada uno de nosotros hizo, pues son aportes para el trabajo a futuro.**

En resumen, hay tres posiciones claras. Por un lado, la bancada del Frente Amplio va a presentar sustitutivos en la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda para los artículos 425, 438 y 439; por otro, está el sustitutivo que presentará el Partido Colorado y, por último, la recomendación del Partido Nacional de excluir estos tres artículos del proyecto de ley de presupuesto. El Partido Independiente, si bien no es miembro pleno, también manifestó que recomendará no incluir esos tres artículos en el presupuesto nacional.

**SEÑOR BIANCHI (Daniel).- Nuestra primera intención es eliminar estos artículos del presupuesto. Si el Frente Amplio insiste en mantener estos artículos, nosotros presentaríamos sustitutivos.**

(Diálogos)

**SEÑOR LEMA (Martín).- Por los comentarios ya realizados, quedó claro que esta Comisión va a hacer una recomendación con las dos posturas que habría en este momento. Creo que en esta Comisión se realizó un debate muy fructífero, de mucha altura y es bueno que conste en la versión taquigráfica la fraternidad con que se fue dando la discusión, pues en el plenario sería bueno hacer el mismo ejercicio del día de hoy.**

A nivel de comentarios y posiciones, se hizo alguna puntualización con respecto al Sistema Nacional Integrado de Salud que no queremos dejar pasar, ya que de la lectura de esta versión taquigráfica quizás algún colega pueda inclinar su decisión para un lado o para otro.

En cuanto a lo que se habló de la evidencia científica, quiero decir que, en realidad, nos estamos haciendo eco de lo que el propio ministro de Salud Pública expresó en esta Casa el día 11 de agosto: habló del énfasis en las razones por las que se hicieron ciertas excepciones. En un momento, dijo literalmente: "Creo que esa respuesta apunta a dar tranquilidad en cuanto a que el criterio que se utiliza es racional, basado en la evidencia científica y en la necesidad de seguir trabajando con alternativas". Quisiera que conste en la versión taquigráfica que cuando se habló de evidencia científica, por lo menos de nuestra parte se hizo por los comentarios del Ministerio de Salud Pública.

Otro comentario que se hizo fue que dentro del presupuesto para la salud darle a alguien puede significar quitarle a otro algún tipo de atención en salud. No es lo que estoy planteando. Lo que sí planteo es ser más austeros en otros gastos como alquileres, publicidad, asesores, y volcar ese dinero en medicamentos de alto costo o en otros rubros de salud. No estamos planteando que se le saque atención a un niño para solventar los medicamentos de alto costo, sino que hay gastos del Estado que se pueden manejar con mucho más austeridad y nos gustaría que hubiera una conducta más austera en esos gastos en vez de en medicamentos, más cuando se trata de brindar sobrevida.

Asimismo, quiero señalar que en el portal atuservicio.uy del Ministerio de Salud Pública, en el que los usuarios se basan para comparar cómo funcionan los diferentes prestadores de salud y decidir al respecto, encontramos que los datos de ASSE son alarmantes: hay que avanzar en la prevención y en el diagnóstico

precoz. Me voy a referir a los números del departamento de Montevideo, porque es el que más conozco. En cuanto a niños de un año correctamente atendidos, ASSE registra un 27%, cuando la mutualista con mayor cantidad de afiliados ronda en un 93%. Además, en lo que respecta a embarazadas correctamente controladas, ASSE presenta un porcentaje del 8,8%, mientras que las dos que le siguen en cantidad de afiliados, la Médica Uruguaya y el Casmu, registran 98,5% y 99,5% respectivamente. Es decir que en ASSE es correctamente atendida una de cada diez embarazadas. A su vez, en cuanto a la cantidad de afiliados que consultan un médico de referencia, los datos de ASSE no los conocemos porque directamente no se presentan. Con respecto al tiempo de espera para medicina general y pediatría, cabe precisar que hay un decreto del año 2007 que establece que no puede exceder las veinticuatro horas. Sin embargo, el promedio de tiempo de espera en ASSE, para medicina general, es de 2,1 días y, para pediatría, de 4,5 días.

Hago referencia a estos datos porque en un momento se habló del Sistema Nacional Integrado de Salud, y al respecto quiero señalar que una mayor cantidad de presupuesto no implica obtener mayor cantidad de resultados. Reconocemos el esfuerzo realizado por aumentar el presupuesto en materia de salud a fin de mejorar las estadísticas, pero lamentablemente somos críticos en cuanto a los resultados que arroja ASSE -que atiende a las personas que se encuentran en situaciones más vulnerables-, ya que deben ser mejores y pretendemos que se realice un esfuerzo mucho mayor en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Las palabras del diputado Lema me obligan a expresar mis reflexiones al respecto.**

Los datos que él manejó son reales. Ahora, cuando se analizan datos, siempre hay que ver de dónde se parte y hacia dónde se va. Y desgraciadamente, en los últimos veinte años, ASSE tuvo un deterioro edilicio y en recursos humanos de tal magnitud que levantarlo, a pesar del esfuerzo que se ha venido haciendo desde el año 2005, ha sido bastante complicado.

Entonces, si bien el servicio que brinda ASSE no ha llegado a lo que debe ser, creo que ha mejorado muchísimo. A su vez, los datos que manejó el señor diputado Lema hacen referencia a las metas prestacionales. Como integré la Junta, sé que no es que ASSE no controle a los niños ni a las embarazadas, sino que tiene dificultad para trasmitir esa información desde los centros de salud al nivel central. Es más: si se revisan los últimos años, los datos de ASSE deben ser de 2013 en adelante, porque antes ni siquiera tenía posibilidad de trasmitir la información de las metas prestacionales. Tanto es así que durante el período pasado trabajamos intensamente sobre la importancia que tenía la trasmisión de datos a nivel central, para que se focalizaran en hacerlo, porque el pago que tenía ASSE era en función de las metas prestacionales. Si ASSE es la mutualista más grande, porque es la que tiene mayor cantidad de usuarios del Fonasa, podemos decir que estaba perdiendo un montón de dinero. Es más: hay un artículo en el presupuesto que me parece muy interesante. A modo de ejemplo, un director, en el interior del país trabajaba en el cumplimiento de las metas -meta 1, 2 o 3-, las cumplía, mandaba la información a ASSE, pero esa unidad ejecutora no recibía el pago por meta. Eso desmotivaba a los directores. Ahora hay un artículo por el cual se establece un retorno a esa unidad ejecutora, en virtud del pago de las metas prestacionales.

De cualquier manera, señor diputado, no tenga ninguna duda de que la preocupación que tiene usted es la misma que tengo yo, pero no es que ASSE no tenga capacidad para atender a los niños sino que hay un problema informático importante. Vamos a ser claros: hay hospitales que no tenían ni siquiera computadora. Entonces, es innegable el avance que hemos tenido y la transparencia con que se está mostrando todo. Lo digo porque habría sido muy fácil no mostrar esos datos adversos. Si tengo solo al 8% de las embarazadas controladas, obviamente, podría no figurar, pero me parece bien consignarlo porque es una manera de exigir a ASSE que lo haga y, además, que lo informe. Si solo el 8% de los niños que están en ASSE tuvieran control sería desastroso. Este es un problema fundamentalmente de información y de poco incentivo de las unidades ejecutoras en trabajar en las metas prestacionales.

**SEÑOR LEMA (Martín).- Respetamos la posición, pero lo que no podemos compartir es que se trate de interpretar si los números arrojan o no lo real. Recuerdo que cuando anunciaron la existencia del portal, se dijo que era para que el usuario tuviera todas las garantías de elegir una prestadora de servicios. No me puedo basar en el argumento de que los números quizás no sean los correctos por un problema informático, porque son los que fueron publicados por la máxima autoridad sanitaria. Yo recojo los números que expresa el Ministerio de Salud Pública y sobre ellos trabajamos; hasta estamos dando por buenos los números que se dan por parte de la máxima autoridad sanitaria.**

También creo que hay una parte de mala gestión. Es más: cuando vino la ministra Muñiz al Parlamento le dimos nuestra visión sobre infraestructura y otra cantidad de cosas a corregir.

No voy a interpretar los números que muestran las estadísticas de un portal que el Ministerio de Salud Pública garantizó que iba a ser efectivo para que el usuario pudiera manejarse, porque si es cierto que hay un problema informático, se está tergiversando la información, lo que también sería muy grave. Prefiero analizar los números tal como los presenta el Ministerio de Salud Pública, que es quien debe presentar esas estadísticas y actuar en consecuencia.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que los números están para interpretar, pero además de eso, uno tiene que sacar conclusiones.**

(Diálogos)

—Se levanta la reunión.